

## 高血压药物莫随便换

## 擅自换药的 3 个风险你要知道

高血压是全球范围内最常见的慢性病之一，我国 18 岁以上人群患病率高达 27.5%，相当于每 4 个成人中就有 1 人患病。作为需要长期管理的“无声杀手”，高血压的治疗核心在于稳定控制血压以预防心脑血管事件。然而，许多患者在用药过程中因担心副作用、听说“新药更好”或自行调整剂量，擅自更换降压药。这种行为看似平常，实则暗藏巨大风险。本文将从医学原理与临床实践出发，深入剖析擅自更换高血压药物的三大核心风险，并给出科学换药的正确路径，帮助患者实现安全有效的血压管理。

**风险一：  
血压波动引发急性心血管事件**

高血压药物的核心作用是维持 24 小时血压稳定在目标范围。擅自换药最直接的后果是打破原有药物建立的血药浓度平衡，导致血压剧烈波动。例如，从长效钙通道阻滞剂（如氨氯地平）突然换用短效制剂，可能因药物半衰期差异引发夜间血压骤升；或从利尿剂改用  $\beta$  受体阻滞剂时，若未逐步过渡，可能因血容量变化导致直立性低血压。这种“过山车式”的血压变化会显著增加脑卒中、心肌梗死等急性事件风险。临床数据显示，血压波动幅度每增加 20 毫米汞柱，心血管事件风险上升 18%。更危险的是，部分患者因换药后血压不降反升，自行加大剂量，形成“血压越高越用药，用药越多越危险”的恶性循环。

**风险二：  
药物相互作用放大副作用**

高血压患者常合并糖尿病、高血脂、慢性肾病等多种疾病，需联合使用多种药物。擅自换药可能无意中触发药物相互作用，放大副作用。例如，将 ACEI 抑制剂（如依那普利）与保钾利尿剂（如螺内

酯）联用时，若未经医生评估直接换用含钾盐的降压药，可能引发高钾血症；或同时服用非甾体抗炎药（如布洛芬）时换用某些降压药，可能削弱利尿剂的降压效果并加重肾损伤。更隐蔽的风险在于代谢途径的改变——某些降压药通过肝脏细胞色素 P450 酶代谢，与葡萄柚、某些抗生素或抗真菌药同服时，可能因酶活性抑制导致血药浓度异常升高，引发头晕、心悸甚至昏厥。

**风险三：  
个体差异导致疗效差异与耐受问题**

高血压药物治疗强调“个体化”原则。不同患者对同种药物的反应差异可达 300% 以上，这与基因多态性、年龄、性别、合并症及生活方式密切相关。例如，老年患者对中枢性降压药（如可乐定）更敏感，易出现体位性低血压；而糖尿病肾病患者需优先选择对肾脏保护作用更强的 ARB 类药物（如氯沙坦）。擅自换药可能因药物特性与患者生理状态不匹配，导致疗效大打折扣。更值得警惕的是“隐匿性副作用”——某些降压药在初期使用可能出现轻微不适（如干咳、踝部水肿），但随时间推移逐渐耐受；若因误判为“副作用”而频繁换药，反而可能错过最佳治疗窗口，导

致血压控制失败。

**科学换药的正确路径**

真正的换药决策需遵循“三步法则”：首先，全面评估当前用药效果，通过 24 小时动态血压监测确认是否达标；其次，明确换药动机，是出于医生建议、药物不耐受还是无效？最后，在专业指导下进行药物调整，遵循“逐步替代”原则——如从 A 药换用 B 药时，先维持 A 药剂量同时引入 B 药，待 B 药起效后再逐步减量 A 药，全程监测血压及生化指标。对于特殊人群（如孕妇、肝肾功能不全者），更需严格遵循个体化用药方案。

高血压管理是一场贯穿日常的“持久战”，考验的是耐心与智慧，而非一时的“突击战”。擅自换药如同在高速行驶中突然更换方向盘，看似主动，实则危险。患者的耐心执行与医生的专业智慧，是赢得这场战役的双翼。唯有在专业医生指导下，基于个体情况制定动态调整方案，并将健康生活方式贯穿始终，才能实现安全、有效的血压控制。请大家记住，没有“最好”的降压药，只有“最适合”的、并能随生命阶段动态优化的用药方案，这才是通往长久健康的稳健之路。

郴州市临武县人民医院 周帆

## 便秘总不好？做做这项盆底检查

大多数人都有过便秘的经历，如果便秘总不好怎么办？是硬扛，还是吃泻药？其实，便秘总不好，可能盆底出了问题，一项简单的无创检查——盆底超声就能查出来。

**便秘老不好，  
可能是盆底出了问题**

盆底有一个隐形的支撑网——由肌肉、筋膜和韧带组成，稳稳托着膀胱、子宫、直肠等盆腔器官。排便时，这个“支撑网”会配合着放松、收缩，协助直肠把粪便顺利排出去。一旦“支撑网”松弛、受损，直肠就会“走位”，引发各种排便问题：

1. 肠前突 排便时直肠前壁会鼓一个“囊袋”，粪便容易积在这个囊袋里，再用力也排不出来。

2. 直肠内套叠 直肠壁像被揉皱的纸一样，套进远端肠腔里，

使排便通道变窄，就像吸管被捏扁，没法顺利排便。

3. 肠疝 小肠、乙状结肠这些腹腔器官，会从盆底薄弱的地方“钻”到直肠和阴道之间，挤压直肠的空间，让粪便很难通过；

4. 会阴下降 排便时，会阴会过度往下膨出，直肠也跟着下坠，没了推送粪便的力气，自然排得费力。这些问题有时连泻药也不管用。

**盆底超声到底是个啥**

提到超声，大多数人会想到 B 超探头在腹部、乳腺、甲状腺等部位检查，但盆底超声有点不一样——它是把超声探头放在会阴部、阴道或直肠内，实时动态观察盆腔脏器和盆底的结构有无异常。检查过程中还可以运用三维、四维超声技术，获得盆底立体渲染图像、三平面模式和断层超声

成像，更清楚地显示病变。

盆底超声检查全程无创、无痛，可重复性强，没有辐射。检查前不用禁食，只需提前排空大小便即可。检查过程中放松身体，配合医生的指令（一个是肛门收缩上提、一个是屏气用力排便动作）。

**盆底超声能帮上什么忙**

首先，它可以辅助诊断，指导治疗。盆底超声能查出是否为直肠前突、肠疝、直肠内套叠等问题导致的便秘，以及严重程度。知道了具体问题和严重程度，医生就能针对性制定治疗方案。

其次，评估治疗效果。对于已经进行了盆底功能训练、生物反馈治疗的患者，盆底超声可以判断有没有效果，医生再根据结果调整治疗方案。

上海交通大学医学院附属仁济医院  
胃肠外科 俞旻皓

他汀类药物并非适合  
所有高血脂患者

医生提醒：3 类人群要谨慎服用

50 岁的张先生体检发现血脂偏高，医生建议服用他汀类药物。但服药一个月左右，张先生便出现了肌肉酸痛、乏力等症状，检查后发现肌酸激酶升高，不得不停药。其实，临床上类似的情况并不少见。医生提醒，他汀类药物虽是降脂“明星药”，但并非人人适用，三类患者需特别警惕他汀类药物的副作用。

**第一类 肝功能异常者**

他汀类药物主要通过肝脏代谢，肝功能不全者用药后可能出现药物蓄积。临床数据显示，转氨酶超过正常值 3 倍者，发生肝损伤风险增加 5~8 倍。这类患者用药需注意以下事项：

1. 用药前检查肝功能，包括 ALT、AST 等指标，异常者需先保肝治疗。
2. 选择亲水性他汀，如普伐他汀，对肝脏影响较小。
3. 定期监测。用药头 3 个月，每 4~6 周复查肝功能。约 5% 的患者用药后会出现轻度肝酶升高，通常无需停药。若指标持续上升或出现黄疸、乏力等症状，应停药并就医。

**第二类 肌肉疾病患者**

他汀类药物可能引发肌病，严重时可能导致横纹肌溶解，尤其是以下人群风险较高：

1. 有肌病史或家族史者，其发病风险增加 3~5 倍。
2. 同时服用某些药物者，如环孢素、吉非贝齐等，会加剧肌肉毒性。
3. 高龄瘦弱女性，肌肉含量低，更易受损。

建议起始选择低剂量瑞舒伐他汀等新型他汀，避免与葡萄柚同食。一旦出现持续肌肉疼痛、尿色变深等症状，立即就诊。临床统计显示，每百万处方中约有 1~2 例导致横纹肌溶解，及时处理预后良好。

**第三类 特殊生理状态人群**

1. 孕妇：他汀可能致胎儿畸形，备孕前 3 个月就应停药。
2. 哺乳期女性：药物会通过乳汁影响婴儿发育。
3. 80 岁以上老人：多重用药增加相互作用风险。

这几类人群用药需个体化评估。孕妇及哺乳期女性可改用饮食控制+运动管理血脂；老年人建议采用“小剂量起始，缓慢增量”的策略。

董昉